

8. Whitcher J.P., Srinivasan M., Upadhyay M.P. Corneal blindness: a global perspective. // Bull World Health Organ, 2001, 79, p. 214-221.
9. www.emedicine.medscape.com/article/1195402-overview

DIAGNOSTICUL MODERN ȘI PERSPECTIVE DE TRATAMENT ÎN SINDROMUL DE OCHI USCAT

Valeriu Cușnir, Lilia Dumbrăveanu, Elena Ceaș, Valeriu Cușnir jr.
Clinica de Oftalmologie Nr.2, Spitalul Clinic Municipal "Sfânta Treime", Chișinău

Summary

Modern diagnosis and treatment perspectives in dry eye syndrome

Diagnosis of Dry Eye Syndrome is frequent met in the last several years. There are a lot of possibilities to diagnose ocular surface diseases. In our study we examined 10 patients (20 eyes), using OSDI, BCVA, slit lamp examination, fluorescein staining, TBUT and IOP measurements. The analyses of the results after some weeks of treatment with artificial tears, showed an improvement of all parameters, especially OSDI. It means that an adequate treatment of the dry eye syndrome improves the quality of life and prevents the ocular infections.

Rezumat

Diagnosticul de sindrom de ochi uscat este tot mai des stabilit în ultimii câțiva ani. Există o multitudine de posibilități diagnostice ale Bolilor Suprafeței Oculare (BSO). În cadrul studiului am examinat 10 pacienți (20 de ochi), folosind IBSO, AV maxim corijată, examinarea la lampa cu fantă, colorarea cu fluoresceină, TBUT și măsurarea PIO. Analiza rezultatelor după câteva săptămâni de tratament cu lacrimi artificiale, a arătat o îmbunătățire a tuturor parametrilor, în special IBSO. Aceasta demonstrează, că un tratament adecvat al sindromului de ochi uscat, îmbunătățește calitatea vieții și previne apariția infecțiilor oculare.

Actualitatea temei

În ultimii ani, diagnosticul de ochi uscat este tot mai des stabilit, în pofida faptului că simptomatologia acestui sindrom nu mai este neapărat asociată maladiei Sjogren, iar condițiile dezvoltării economice, tehnologice, contribuie la apariția manifestărilor clinice. De keratoconjunctivită uscată suferă de la 7 la 9% din populația țărilor dezvoltate. Incidența maximă se atestă în Japonia - 33%. Circa 1 din 7 indivizi, de peste 65 de ani, acuză simptome de ochi uscat aproape permanent. Rata de stabilire a acestui diagnostic a sporit de aproape 5 ori în ultimii 30-40 de ani. Prevalența sindromului de ochi uscat se dublează după vârsta de 59 de ani. Prevalența estimată pentru indivizi de peste 50 de ani este de 7,8% (femei) și 4,7% (bărbați). Datele epidemiologice variază între diferite țări și regiuni geografice, deoarece nu au fost încă stabilite criterii fixe, unice de diagnosticare și evaluare a severității maladiei.

Perspectivile de tratament sunt variate. Metodele conservative includ: tratamentul maladiilor sistemice; utilizarea lacrimilor artificiale; utilizarea topică de AINS/AIS; igiena adecvată a pleoapelor; utilizarea topică de agenți imunomodulatori (ciclosporina A); utilizarea de ser autolog; aplicarea lentilelor de contact terapeutice, etc. Printre metodele radicale, intervenționale, se numără: ocluzia temporală sau permanentă a punctului lacrimal; transplantul cu membrană amniotică; tarsorafie; keratoplastia; transplantul de celule stem limbale; lentile de contact sclerale rigide.

Obiectivele lucrării

Demonstrarea necesității diagnosticului eficient și a tratamentului adecvat în cazul sindromului de ochi uscat.

Materiale și metode de cercetare

Studiul s-a realizat în Clinica de oftalmologie Nr.2, în perioada 2012-2013. În cadrul studiului au fost examinați 10 pacienți (20 de ochi), diagnosticați cu sindrom de ochi uscat, forma moderată și severă. Gradul de severitate a fost apreciat în baza rezultatelor testelor Schirmer (sub 7mm/5 min) și a colorării cu fluoresceină (eroziile ale zonei centrale și inferioare cu intensitatea 3 după o gradare specială), inclusiv timpul de rupere a filmului lacrimal (sub 10 sec). Drept criterii de excludere au servit: sindromul Sjogren, cu implicarea semnificativă a glandelor non-exocrine, care ar interveni în cursul studiului; sindromul Stevens-Jonson; utilizarea de metotrexat, ciclosporină sau altă medicație antireumatică; utilizarea sistemică sau locală de corticosteroizi; prezența oricărei patologii oculare cronice, care necesită tratament topic, infecția oculară herpetică; antecedente de operații de ocluzie a punctelor lacrimale.

Aceștia au fost monitorizați pe parcursul a 2-12 săptămâni, la intervale de 2-4 săptămâni, pe durata cărora oși instilau lacrimi artificiale. În cadrul fiecărei vizite li s-a efectuat testarea prin: Indicele Bolii Suprafeței Oculare (IBSO) – o anchetă din 13 întrebări, cu ajutorul căreia pacientul era rugat să aprecieze stările subiective de la 0 (niciodată) la 4 (permanent); colorarea fluoresceinică – cu gradarea de la 0 la 3 a intensității eroziilor corneene, în fiecare din cele 5 cadrane (central, superior, inferior, nazal și temporal), Timpul de Rupere a Filmului Lacrimal (TBUT) – cronometrarea timpului apariției breșei în filmul lacrimal; testul Schirmer. Suplimentar li s-a apreciat testele oculare clasice: Acuitatea Vizuală Maxim Corijată (AVMC), examinarea la lampa cu fantă a polului anterior și posterior, precum și măsurarea PIO, pentru a analiza eficacitatea tratamentului cu lacrimi artificiale și a exclude orice modificare interpretabilă ca reacție adversă sau infecție oculară.

Totodată, pacienții au fost supuși testelor biochimice (probele hepatice, probele renale, aprecierea stării pancreasului), analizei generale a sângelui, analizei generale a urinei, li s-a efectuat cardiograma.

Rezultatele obținute

Raportul femeii : bărbați a fost de 7 la 3 (ceea corespunde cu datele din literatură), urban : rural de 6 la 4. Nouă din zece pacienți au înregistrat creșteri ale valorilor Schirmer (maxim cu 18 mm, la 4 săptămâni de la inițierea tratamentului), iar unul a rămas stabil. În mediu, valorile Schirmer au crescut de la 4 mm, la 16,2 mm. TBUT a crescut la toți pacienții, în mediu de la 6,57 sec la 18,6 sec pe durata întregului studiu, stabilizându-se în limite normale (10 sec și mai mult) deja la săptămâna a doua de tratament. Eroziile documentate prin colorarea fluoresceinică, s-au redus la toți pacienții, la 3 din ei dispărând complet către săptămâna a șasea de monitorizare. IBSO, care reflectă senzațiile subiective ale pacienților (sensibilitate la lumină, senzație de nisip în ochi, senzația de arsură și usturime, vedere tulbură sau scăzută, disconfort ocular în timpul cititului, lucrului la calculator, privitului televizorului, condusului automobilului noaptea, la aflarea în condiții cu vânt, aer uscat, aer condiționat), a înregistrat cele mai bune rezultate, scăzând în mediu de la 61,64 la 32,36; dar maximal cu 62,21 în doar 4 săptămâni de instilații. Cel mai evident s-a redus senzația de arsură și nisip în ochi și disconfortul în mediu cu aer uscat. Un pacient a înregistrat și o îmbunătățire a acuității vizuale maxim corijate cu 0,1 față de valoarea atestată la vizita inițială, la unul din ochi. Pe perioada de monitorizare, nici un pacient nu a avut vreun episod de infecție oculară. Nu s-au înregistrat reacții adverse.

Discuții

Există o varietate etiologică a sindromului de ochi uscat. Distingem KCS prin deficit apos sau evaporativă. Formele prin deficit apos sunt reprezentate de sindromul Sjogren (primar sau secundar) și non-Sjogren, datorate medicației sistemice (ex. antihipertensivele adrenoblocante), inhibarea reflexelor corneo-lacrimale, obstrucția ductelor glandelor lacrimale și

deficit de lacrimă. Forma evaporativă apare prin implicarea mecanismelor intrinseci: deficit al secretului meibomian, anomalii ale porilor pleoapelor, frecvență scăzută de clipire; sau extrinseci: deficit de vitamina A, conservanți din medicamentele topice, purtarea lentilelor de contact, boli ale suprafeței oculare; fie prin asocierea mai multor cauze.

Pe lângă examinările realizate în cadrul studiului, se mai practică aprecierea pliului conjunctival paralel, colorarea cu Rose Bengal (cu reticență datorită toxicității înalte), colorarea cu Verde Lissamine (ultimile două oferă posibilitatea aprecierii stării conjunctivei), acuitatea vizuală între clipiri, examenul cu tearscopul.

Terapia substitutivă este orientată spre protezarea staturilor mucinic și apos al filmului lacrimal, contribuind la stabilizarea acestuia, astfel încât rupturile apar mult mai rar. Preparatele de lacrimi artificiale se disting prin vâscozitatea acestora (preparate cu viscozitate joasă – Hilo-Comod, Hemodez, Lacrisifi, Lacrimă Artificială; preparate cu viscozitate înaltă – Oftagel, Vidisic; preparate cu viscozitate intermediară – Lacrisin, etc) și substratul de acțiune.

Rezultatele studiului confirmă datele din literatură privind distribuția pe sexe a keratoconjunctivitei uscate (femei : bărbați de 7 : 3). Totodată, predominarea indivizilor din zona urbană (6 : 4) demonstrează impactul nivelului dezvoltării industriale și tehnologice asupra incidenței ochiului uscat. KCS se poate dezvolta pe fondalul unei infecții cronice sau, persistența SOU poate contribui la apariția unei infecții a suprafeței oculare. Nici unul din pacienți monitorizați, nu au manifestat simptome de infecție oculară, pe durata tratamentului substitutiv administrat. Conform recomandărilor din literatură, tratamentul sindromului de ochi uscat trebuie să înceapă cu terapia de substituție, prin utilizarea de lacrimi artificiale. Datele obținute demonstrează eficacitatea instilațiilor oculare cu substanțe de lacrimi. Efectul se stabilizează la administrarea sistematică și de durată a preparatelor topice (testul Schirmer crește și se normalizează către săptămâna a patra de tratament (14,6 mm/5 min), rămânând stabil pe toată durata studiului; TBUT crește până la 18,3 sec, menținându-se în limitele normei (de peste 10 sec). În aprecierea testului Schirmer se ține cont că odată cu vârsta, are loc reducerea valorilor acestuia, neoncadrându-se în patologie. Totodată, studiile efectuate în diverse centre, demonstrează o primă fază hipersecretorie a KCS, care are un mecanism reflectoriu.

La prescrierea lacrimilor artificiale, pacienții trebuie instruiți privind frecvența de administrare. Datele din literatură susțin că o instilare de peste 6-8 ori în zi influențează negativ metabolismul corneei și a conjunctivei. Fenomenul se explică prin spălarea cu lacrima artificială a celei native din sacul conjunctival și de pe suprafața corneei.

Pe lângă tratamentul de substituție, unii autori mai recomandă tratamentul metabolic (cu Solcoseril, Corneregel, Actoveghin), pentru regenerarea suprafeței corneene în forme severe; tratamentul antialergic (Lecrolin, Cromohexan, Diclofenac, Dexametason) pentru excluderea componentului inflamator-alergic al KCS, precum și imunocorecția sistemică (Timalin, Levamizol) sau topică (Oftan Dexametason, Timalin etc.)

Concluzii

- 1) Sindromul de ochi uscat necesită diagnosticare amplă și în termeni efectivi.
- 2) Tratamentul substitutiv contribuie la îmbunătățirea calitativă și cantitativă a filmului lacrimal (TBUT crescut de la 7,57 sec la 18,6 sec, creșterea maximală de la 3 sec la 38 de sec, testul Schirmer sporit de la 4 la 16,2 mm/5min, maxim de la 0 la 18 mm/5min).
- 3) Tratamentul corect reduce impactul ochiului uscat asupra stării corneei, acuității vizuale, incidenței infecțiilor oculare (reducerea și chiar dispariția eroziilor corneene la toți 10 subiecți).

4) Tratatamentul adecvat reduce spectrul senzațiilor subiective și a plângerilor pacienților (IBSO scăzut de la 61,64 la 32,36), contribuind la îmbunătățirea calității vieții.

Bibliografie

1. Al-Abdulmunen M. Relation between tear break-up time and spontaneous blink rate // *Int. Contact Lens Clin*, 1999, N.26, p.117-120;
2. Biljana Miljanovic, Komal A. Trivedi, M. Reza Dana Relation etween dietary n-3 and n-6 fatty acids and clinically diagnosed dry eye dyndrome in women // *American journal of Clinical Nutrition*, 2005, N.82, p.887-893;
3. Biljana Miljanovic, Reza Dana, David A.Sullivan Impact of Dry Eye Syndrome on vision-related quality of life // *American Journal of Ophthalmology*, martie 2007, N.143(3), p.409-415;
4. Bjerrum K.B. Keratoconjunctivita sicca and primary Sjogren syndrome in Danish population aged 30-60 years // *Acta Ophthalmol Scand*, 1997, N.75, p.281-286.
5. Caffery B., Richter D., Simpson T. The prevalence of dry eye in contact lens weares // *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 1996, N.37, p.72;
6. Influence of artificial tears on corneal epithelium in dru eye syndrome // *Greafe's Archive for Clinica land Experimental Ophthalmology*, martie 1989, V.227, Issue 2, p.139-141;
7. Kazuo Tsubota, Eiki Goto, Hiromi Fujita Treatment of dry eye by autologous serum aplication in Sjogren's syndrome // *British Journal of Ophthalmology*, 1999, N.83, p.390-395;
8. M.A.Nanavaty, A.R.Vasavada, P.D.Gupta Dry Eye Syndome // *Asian J.Exp. Sci.*, Vol.20, Supplement, 2006, p.63-80;
9. Mohamad-Ali Javadi, Sepher Feizi Dry Eye Syndrome // *Journal of Ophthalmic and Vision Research*, 2011, Vol.6, N.3, p.192-198;
10. Schaumberg DA., Sullivan D.A. Prevalence of dry eye syndrome among US women // *American Journal of Ophthalmology*, 2003, N.136, p.318-326;
11. Schein O.D., Munoz B. Prevalence of dry eye among the elderly // *American Journal of Ophthalmology*, 1997, N.124, p.723-728;
12. Stefano Barabino, Maurizio Rolando, Paola Camicione Systemic Linoleic and γ -Linoleic Acid Therapy in Dry Eye Syndrome with Inflammatory Component // *Cornea*, 2003, Vol.22, N.2
13. Tsubota Kazuo, Toda Ikuko, Yagi Yukiko Tree Different Types of Dry Eye Syndrome // *Cornea*, May 1994;
14. Van Bijsterveld O.P. Diagnostic tests in the sicca syndrome // *Arch Ophthalmology*, 1969, N.82, p.10-14;
15. Бреский В.В., Сомов Е.Е. Диагностика и лечение больных с синдромом сухого глаза: краткое руководство для врачей, Санкт-Петербург, 2005;
16. Витовская О.П., Манойло Т.В. Коррекция синдрома сухого глаза после кераторефракционных операций // *Информационный лист N.60*, 2011.